

По литературным данным минимальная подавляющая концентрация для 90% штаммов (МПК₉₀) большинства возбудителей хирургических инфекций составляет 312,5 мкг/мл. Полученная концентрация диоксидина примерно в 6,88 раза превышает МПК₉₀.

Длительность фазы воспаления в основной группе составила 13,86±2,13 дня, а в группе сравнения - 24,7±2,8 дня. Таким образом, в основной группе при применении разработанного способа, на 10,84 дня сокращалась длительность фазы воспаления ($p<0,003$).

Выводы. 1. МСДЭ являются контейнерами для диоксидина, концентрация которого в них составляет 2151,72±17,53 мкг/мл, что примерно в 6,88 раза выше МПК₉₀ для большинства представителей микрофлоры гнойных ран.

2. Разработанный способ лечения гнойных ран МСДЭ, насыщенных диоксидином, характеризуется высокой эффективностью и позволяет высокодостоверно сократить длительность фазы воспаления на 10,84 дня.

Литература:

1. Генинг, Т.П. Использование форменных элементов крови для направленной доставки химиотерапевтических и диагностических препаратов в очаг поражения / Т.П. Генинг, И.И. Колкер, Ж.Ш. Жумадилов // Антибиотики и химиотерапия. – 1988. – № 11. – С. 867–871.
2. Направленный транспорт лекарственных препаратов: современное состояние вопроса и перспективы / А.Г. Ивонин [и др.] // Изв. Коми НЦ УрО РАН. – 2012. – № 9. – С. 46–55.
3. Жумадилов, Ж.Ш. Особенности включения некоторых антибиотиков в эритроцитарные тени – систему целенаправленной доставки химиотерапевтических препаратов / Ж.Ш. Жумадилов, Р.В. Макаренкова // Антибиотики и химиотерапия. – 1990. – № 11. – С. 54–56.
4. Косинец, А.Н. Комплексный способ профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных острым холециститом : метод. рекомендации / А.Н. Косинец, М.Г. Сачек, А.А. Коваленко. – Минск, 1996. – 14 с.

УДК 616.34.007.272-036.11-07

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Фомин А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Диагностика острой кишечной непроходимости остаётся важной проблемой медицины. Это обусловлено, тем, что разные виды непроходимости проявляются разным симптомокомплексом. Толстокишечная непроходимость опухолевого генеза чаще встречается у лиц старших возрастных групп, пациенты обращаются за помощью поздно, заболевание сопровождается высокой летальностью. Лечение в этих условиях требует объективной диагностики и срочных действий [1,2]. Для оценки эффективности инструментальных видов диагностики при острой кишечной непроходимости опухолевого генеза нами выполнен анализ результатов применения ультразвукового исследования и обзорной рентгенограммы брюшной полости.

Цель. Оценить эффективность ультразвуковой диагностики и обзорной рентгенографии брюшной полости.

Обследовано 41 человек, 13 мужчин и 28 женщин, оперированных по поводу острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Средний возраст пациентов 72,3 [48;89] года. Длительность заболевания от первых его симптомов превышала 24 часа

у 38 человек (92,7%). Все пациенты оперированы. В первые 12 часов оперированы 32 пациента (78%), девять человек (22%) оперированы в срок от 23 часов до 13 суток. Во время операции выпот в брюшной полости выявлен у 33 пациентов (80,5%), диаметр кишки был увеличен у 30 пациентов (73,2%). В условиях перитонита оперированы 11 человек (26,8%).

По данным ультразвукового исследования анализированы состояние уровня пневмотизации брюшной полости, наличие свободной жидкости, диаметр кишки и маятникообразную перистальтику. На обзорной рентгенограмме анализировали наличие горизонтальных уровней и чаш Клойбера, присутствие свободного газа, наличие аркад и дуг.

УЗИ выполнено 38 пациентам. Трём пациентам, оперированным в сроки от 2 до 3 часов с момента обращения в стационар УЗИ не выполнялось. Из анализированных случаев повышенная пневмотизация при УЗИ выявлена у 35 человек (92,1%), свободная жидкость была у 10 (26,3%), маятникообразная перистальтика - у 14 (36,8%), диаметр кишки повышен у 21 пациента (55,3%). Диаметр кишки в среднем был 33,4 см [25;50]. Лишь у 4 пациентов (10,5%) одновременно диагностировали повышенную пневмотизацию, наличие свободной жидкости, увеличение диаметра кишки и маятникообразную перистальтику.

В группе пациентов оперированных в сроки более суток с момента госпитализации во всех случаях выявлена выраженная пневмотизация, маятникообразная перистальтика была у 3 (33,3%), диаметр кишки был повышен у 2 (22,2%), свободной жидкости не было.

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости выполнена 35 пациентам (85,4%). Горизонтальные уровни диагностированы у 31 пациента (88,6%), аркады и дуги выявлены у 11 (31,4%) и у одного пациента (2,9%) выявлен свободный газ в брюшной полости.

При отсутствии горизонтальных уровней на обзорной рентгенограмме по данным УЗИ у всех пациентов диагностирована повышенная пневмотизация, а в одном случае (25%) и наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Свободная жидкость выявленная на операции не была диагностирована по данным УЗИ у 21 пациента (55%). При этом лишь у 2 (9,5%) количество её превышало 200 мл.

Заключение. Выполнение диагностического алгоритма у пациентов с острой толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза ограничено тяжестью их соматического состояния. В первые двенадцать часов от начала заболевания оперированы 78% пациентов.

При обзорной рентгенограмме брюшной полости горизонтальные уровни, как признак непроходимости диагностированы у 88,6%. По данным УЗИ все признаки непроходимости выявлены лишь в 10,5% случаев, а ведущим диагностическим признаком была неспецифическая повышенная пневмотизация. Вместе с тем именно повышенная пневмотизация отмечена при отсутствии горизонтальных уровней на обзорной рентгенограмме.

Таким образом, более информативным в диагностике острой кишечной непроходимости опухолевого генеза следует считать обзорную рентгенографию органов брюшной полости. УЗИ картина дополняет диагностический алгоритм и важна для дифференциальной диагностики заболевания.

Литература:

1. Денисенко, В.Л. Осложнения колоректального рака: проблемы и перспективы / В.Л. Денисенко, Ю.М. Гаин // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 1 – С. 103–111.
2. Буянов, В. М. Современное состояние вопросов диагностики, тактики и методов хирургического лечения толстокишечной непроходимости / В. М. Буянов, С. С. Маскин // Анналы хирургии. – 1999. – № 2. – С. 23–31.